

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ УКРАИНЫ
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В. Н. КАРАЗИНА
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В. Н. КАРАЗИНА
V. N. KARAZIN KHARKIV NATIONAL UNIVERSITY

XIV Міжнародна наукова конференція студентів, аспірантів,
докторантів, молодих вчених та фахівців

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

(30–31 березня 2017 року, м. Харків, Україна)

У 2 томах

Том 1

XIV Международная научная конференция студентов, аспирантов,
докторантов, молодых учёных и специалистов

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

(30–31 марта 2017 года, г. Харьков, Украина)

В 2 томах

Том 1

14th International Scientific Conference of Students, Graduate students,
Doctoral candidates, Young scientists and Specialists

**TOPICAL ISSUES
OF MODERN MEDICINE**

ABSTRACTS BOOK OF THE CONFERENCE
(March 30–31, 2017, Kharkiv, Ukraine)

In 2 Volumes

Volume 1

ХАРКІВ – 2017

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА РЕКТОСАКРОПЕКСИИ Меженская Е.А.....	115
ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ 5 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ З ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА SF-36 Мельник Б.Р., Турук Л.С., Копоть М.М.	117
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С АУТИСТИЧЕСКИМ СПЕКТРОМ Минюков Е.А.	118
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АЛКОГОЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ Мироненко Е.С.....	120
ПРОБЛЕМА ГОЛОВНОГО БОЛЮ У СТУДЕНТІВ ЛНМУ Михалейко Л.Б., Бігун Н.М.	121
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА Натарова В.А.	122
ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МЕТОДОМ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ Нгуен Тхи Лиен.....	123
СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ХОРЕИ ГЕНТИНГТОНА Неродик И.В.	125
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РОЛЬ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ Нестеренко Н.И., Луцик М.В.	126
ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ ПРАКТИК НА ЧСС ТА ЖЄЛ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ І БРНХІАЛЬНУ АСТМУ Нетребін Л.І.	128
АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОРГАНІВ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ВНАСЛІДОК НАДМІРНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У СПОРТІ Обихвіст О.О.	129
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТА З КЛІНІЧНО ВАГУСНИМ ТИПОМ ФІБРИЛЯЦІЇ/ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ДО ТА ПІСЛЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛАЦІЇ АРИТМІЇ Олійник І.С.	131

в кругу семьи, заикание в стрессовых ситуациях. На протяжении последнего года испытывает трудности при необходимости сосредоточиться, отмечает снижение трудоспособности, что связывает с загруженностью на работе. Во время осмотра пациент суетлив, неусидчив. Анализ родословной. У бабушки пробанда после 40 лет появились нарушение поведения и прогрессирующее снижение интеллектуально-мнестических функций, умерла в психиатрической больнице в возрасте 62 лет. Мать пробанда, 58 лет, первые признаки психического нарушения проявились в возрасте 38 лет в виде навязчивых идей ревности, появилась неврологическая симптоматика (тики, суетливость), на протяжении последних 6 лет является инвалидом I группы по неврологическому заболеванию. У младшего брата с пубертатного периода отмечается аддиктивное поведение, склонность к паразитическому существованию, в моторной сфере – тики, суетливость, неусидчивость. Учитывая анализ родословной, пробанд и его брат были отнесены в группу риска по ауто-сомно-доминантному нейродегенеративному заболеванию (эмпирический риск 50%). В результате проведения ДНК-анализа, у пробанда в одной из 4-й хромосом выявлено увеличение числа копий CAG-повтора (CAG)_n, ($n_1 < 35$, $n_2 = 43$), локализованного в 5-области гена IT-15: является носителем хорей Гентингтона. Эмпирический риск для его потомства составляет 50%. Для выявления мутантного гена и дальнейшего прогноза рекомендована ДНК-диагностика детям пробанда.

Результаты и их обсуждение. Внедрение в практику психоневролога обязательное медико-генетическое консультирование пациентов с нейродегенеративными заболеваниями необходимо и особенно важно при неполном проявлении симптомов и семейном характере заболевания. Использование современных методов диагностики наследственных заболеваний, в частности молекулярно-генетических, позволяет выявить этиологический фактор, т.е. верифицировать диагноз, даёт необходимую информацию для корректного прогноза по данному заболеванию у кровных родственников, а также возможность предупреждения наследственной патологии у будущего потомства.

Выводы. Необходимость медико-генетического консультирования и применения современных молекулярно-генетических методов при выявлении случая генетического заболевания в семье.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РОЛЬ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Нестеренко Н.И., Луцик М.В.

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина
Медицинский факультет, Харьков, Украина
Научные руководители: Яблучанский Н.И., д.мед.н., проф.,
заведующий кафедрой внутренней медицины;
Целик Н.Е., ассистент

Актуальность темы. Согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC) 2016 фибрилляция предсердий (ФП) представляет собой супра-

вентрикулярную тахикардию, характеризующуюся хаотической электрической активностью предсердий, высокой ЧСС (>350 уд/мин) и нерегулярным ритмом желудочков (при условии отсутствия полной АВ-блокады). Фибрилляция предсердий является одним из осложнений ишемической болезни сердца (ИБС). Ее частота в общей популяции составляет 1-2%. Примерно у трети пациентов ФП является бессимптомной, и больные не знают о ее существовании. Этиология этого состояния изучена несовершенно, однако выделены факторы риска, способствующие развитию ФП.

Цель работы: показать последствия влияния образа жизни на возникновение и прогрессирование осложнений в виде фибрилляции предсердий (ФП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациента перенесшего 11 лет назад острый инфаркт миокарда.

Материалы и методы: изучен анамнез больного с впервые диагностированной ФП через 11 лет после перенесенного Q-позитивного трансмурального заднего инфаркта миокарда. После реабилитации в связи с инфарктом миокарда (2006 г.) больной не обращался за медицинской помощью на протяжении 5-6 лет. Вел активный образ жизни, занимался спортом, длительно продолжалось влияние стрессовых факторов на пациента. Контроля артериального давления не проводилось, так как никаких клинических проявлений, связанных с его изменением, у пациента не было. Со слов пациента систематически находился на гипотензивной терапии (Энап-Н 1/2т утром и Энап 10мг вечером, Липримар 10мг на ночь.)

Ухудшение состояния с 05.01.2017, когда, поднимаясь по лестнице, на уровне 5 этажа пациент почувствовал резкую нехватку воздуха. Было проведено ЭКГ, зафиксирован впервые возникший пароксизм мерцательной аритмии и пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение стационара 5 ЦКБ.

Результаты исследований. У пациента выявлены: отклонения в клиническом анализе крови: эритроцитоз ($6,14 \times 10^{12}/л$), лимфоцитоз (45%), лейкоцитоз ($10,1 \times 10^9/л$), повышенный Ht (52,6%), повышенный Hb (169 г/л). Биохимический анализ крови: повышение мочевины (7,7 ммоль/л), АЛат (76 Е/л), АсАт (55 Е/л), микроэлементы: К -5,19 ммоль/л; глюкоза крови 6,0 ммоль/л (N 3,89-5,83). Липидный спектр: низкий показатель ЛПВП (0,78 ммоль/л) и повышенный коэффициент атерогенности (4,08 ммоль/л). Гормоны щитовидной железы: ТТГ, Т3своб., Т4своб, Антитела к пероксидазе щитовидной железы – в пределах нормы. В клиническом анализе мочи: протеинурия (0,043 г/л). УЗИ органов брюшной полости: Диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза. Полип желчного пузыря. Застойное содержимое в просвете. Уплотнение стенок и перегиб ЖП. Микроуролитиаз. УЗИ щитовидной железы: гиперплазия щитовидной железы 2 степени, с диффузными изменениями ее паренхимы. Кисты обеих долей щитовидной железы. Гиперплазия паращитовидной железы справа. УЗИ сердца: Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Гипертрофия миокарда обоих желудочков: ЗССЛЖ 14,7мм (6-11мм), МЖП- 14,1мм (6-11мм), правое предсердие – d 42,0 мм (21-37мм), ПЖ – d 30мм (9-26мм). Дилатация всех полостей сердца: передне-задний размер ЛП – 52,0х66,0мм (21-37 мм), левый желудочек- КДД 59,0 мм (35-55мм), КСД 45мм (23-38мм), Фракция выброса (ФВ) - 44% (N 45-78%). На ЭКГ:

ЧСС 73 уд/мин, фибриляція предсердий, рубцовые изменения на задней стенке левого желудочка. Холтеровское мониторирування: За все время мониторирування зареєстрована фибриляція предсердий со средней ЧСС 71 уд/мин с единичными и спаренными желудочковыми экстрасистолами. Велоэргометрия (нагрузка 50 Вт): проба положительная, выявлены признаки коронарной недостаточности. Коронарография: Субокклюзия правой коронарной артерии. Стеноз 30% правой межжелудочковой ветви (ПМЖВ). Проведено стентирование правой коронарной артерии (ПКА) (11.05.06). Консультация аритмолога: пациенту показана чрезпищеводное диагностическое электрофизиологическое исследование (ЭФИ) с целью диагностики и выбора метода восстановления ритма.

Диагноз: ИБС: постинфарктный (18.03.2017 Q-позитивный задний) кардиосклероз. Субокклюзия ПКА. Стеноз 30% ПМЖВ. Стентирование ПКА (11.05.06). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени. Персистирующая фибриляция предсердий. EHRA II, CHADS-VASc-2, HAS-BLEED-1, CH I-IIa. Очень высокий дополнительный кардиоваскулярный риск.

Так как грубых нарушений со стороны органов вне сердечно-сосудистой системы у пациента не выявлено, в качестве ведущих определяющих ФП факторов выделены гипертоническая болезнь, постинфарктный (18.03.06) кардиосклероз и чрезмерно активный образ жизни (увлечение горнолыжным спортом, административная работа, способствующая эмоциональному стрессу).

Выводы: На примере клинического случая показана важность необходимости модификации образа жизни, регулярного наблюдения, своевременного обследования и коррекции лечения у пациента перенесшего инфаркт миокарда с целью профилактики ФП и прогрессирования ХСН.

ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ ПРАКТИК НА ЧСС ТА ЖЄЛ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ І БРНХІАЛЬНУ АСТМУ

Нетребін Л.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Медичний факультет №2, Вінниця, Україна

Наукові керівники: Сlepченко Н.С., к.мед.н, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини; Пилипонова В.В., к.мед.н, доцент кафедри патологічної фізіології

Актуальність: Хронічні обструктивні захворювання легенів (ХОЗЛ) – проблема, актуальність якої в усьому світі стрімко зростає, на сьогодні це одне із захворювань, показник смертності від якого продовжує зростати. На ХОЗЛ страждає від 8 до 40% дорослого населення віком 40 років і старше. При ХОЗЛ у патологічний процес залучаються термінальні бронхи та респіраторні відділи легенів з розвитком перибронхіального фіброзу, емфіземи, бронхообструктивного синдрому та порушення легеневої вентиляції, що прогресує. Порушення прохідності бронхів при ХОЗЛ формується за рахунок зворотного та незворотного компонентів. Зво-